

後期高齢者医療に係る被保険者番号等の照会の取り扱い方針

1 被保険者本人の同意と本人確認

広域連合に対して被保険者番号等の照会には、個人情報保護のため、被保険者本人の同意と本人確認を必要とします。

そのため、広域連合に対する照会を必要とする場合は、医療機関等の窓口にて患者に対して、別紙「同意書」の記入を依頼し、併せて、本人確認のため、窓口で提示された旧被保険者証、または運転免許証等の写し（以下「本人確認書類」という。）を取ってください。

2 本人確認書類について

同意書で添付する本人確認書類は、旧被保険者証や運転免許証の写しほか、被保険者の氏名、生年月日、住所が確認できる公的機関が発行する手帳、証明書等（介護保険証、身体障害者手帳、高齢者手帳、住基カードなど）の写しが該当します。

3 照会の手順

被保険者番号等の照会は、文書により、次の手順で行います。

なお、照会の際は、原則として、広域連合より送付した別紙「照会書」を使用してください。（電話、FAX及びメールなど、文書以外での照会はお受けできません。）

- ① 医療機関等は、照会しようとする被保険者（以下「対象被保険者」という。）の同意書及び本人確認書類の有無を確認する。
- ② 医療機関等は、「照会書」に必要事項を記入のうえ、医療機関等の公印を押印し、同意書及び本人確認書類を添えて広域連合へ送付する。
- ③ 広域連合は、照会書の記載事項と同意書及び本人確認書類を確認し、受け付ける。ただし、同意書または本人確認書類に不備のあったものは、当該医療機関等へ連絡のうえ、そのまま返送する。
- ④ 広域連合は、被保険者台帳を基に、照会書に必要事項を記入し、証明欄に記入、押印のうえ、医療機関等へ返送する。

4 同意書並びに照会書の記載事項について

(1) 同意書

同意書には、①医療機関等の名称、②被保険者の住所、氏名、生年月日、電話番号の記載のほか、被保険者の押印が必要です。ただし、被保険者の自署である場合は、押印は不要となります。

(2) 照会書

照会書には、①対象被保険者の氏名、住所、生年月日、②医療機関等の名称、住所、担当者氏名、連絡先を記載し、③医療機関等の公印をお願いします。

※記載事項の詳細については、別紙「記入例」をご確認ください。

5 その他留意事項

被保険者番号等の確認は、被保険者証の提示により行うことが原則となります。

そのため、被保険者が、未着または紛失等により新たな被保険者証を提示しない場合であっても、広域連合への照会は、診療報酬請求に間に合わない恐れがある場合のみ、行うこととしてください。

可能な限り、再発行後に提示いただくことを基本として、市町村窓口での再交付手続きを勧めていただきますよう、よろしく願いいたします。